



Fiche d'évaluation des besoins

Ces informations demeureront confidentielles et nous permettront de faire vivre à votre enfant une expérience camp réussie! Seules les informations pertinentes seront divulguées à son animateur et son supérieur immédiat afin de permettre de meilleures interventions.

Complétez les sections qui sont applicables à votre enfant et retournez le formulaire complété par courriel au loisirs@sainte-angele-de-monnoir.ca ou par la poste au 5, chemin du Vide, Sainte-Angèle-de-Monnoir (Qc) J0L 1P0.

1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Prénom :		Sexe :	
Nom de famille :		Date de naissance :	

2. DIAGNOSTIC ET BESOINS PARTICULIERS

Cochez ce qui est applicable :

<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle	<input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Sévère précisez :
<input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme (TSA)	précisez si anciennement, Asperger, TED-NS, ou autre :
<input type="checkbox"/> Déficience motrice	précisez :
<input type="checkbox"/> Déficience visuelle	précisez :
<input type="checkbox"/> Déficience auditive	précisez :
<input type="checkbox"/> Trouble langage-parole	<input type="checkbox"/> Expression <input type="checkbox"/> Compréhension <input type="checkbox"/> Mixte précisez :
<input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention (TDA/TDAH)	<input type="checkbox"/> Avec hyperactivité <input type="checkbox"/> Sans hyperactivité précisez :
<input type="checkbox"/> Santé mentale	<input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Trouble de l'attachement <input type="checkbox"/> TOC <input type="checkbox"/> Dépression Autres précisez :
<input type="checkbox"/> Trouble du comportement	<input type="checkbox"/> Opposition <input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Passivité Autres précisez :
<input type="checkbox"/> Diabète	précisez :
<input type="checkbox"/> Épilepsie	précisez :
<input type="checkbox"/> Autre(s) (Trisomie 21, etc.)	précisez :

3. ACCOMPAGNEMENT

Votre enfant a-t-il besoin d'un accompagnateur ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Au meilleur de votre connaissance, quel est le ratio d'encadrement qui lui convient ? <input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/3 <input type="checkbox"/> Autre :	
Est-ce que l'enfant a un accompagnateur durant l'année ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Afin de compléter l'évaluation des besoins de mon enfant, j'autorise la Municipalité de Sainte-Angèle-de-Monnoir à contacter les intervenants suivants :			
Organisme (CRDI, CSSS, École, etc.)	Nom de l'intervenant	Fonction	Coordonnées

4. ALLERGIES, INTOLÉRANCES ET RESTRICTIONS ALIMENTAIRES

<p>Allergies et/ou intolérances? (alimentaires, animaux/insectes, médicaments, autres) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Précisez : _____</p> <p>_____</p> <p>Signes ou symptômes à surveiller : _____</p> <p>_____</p>	<p>Précisez la sévérité :</p> <p>Intolérance <input type="checkbox"/></p> <p>Allergie légère <input type="checkbox"/></p> <p>Allergie sévère <input type="checkbox"/></p> <p>Allergie mortelle <input type="checkbox"/></p> <p>Allergie si ingestion seulement <input type="checkbox"/></p> <p>Allergie au contact <input type="checkbox"/></p>
<p>Auto-injecteur d'Épinéphrine (Épipen, Twinject ou autre) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Personnes autorisées à l'administrer :</p> <p>L'enfant lui-même <input type="checkbox"/> Adulte responsable <input type="checkbox"/></p>
<p>Restrictions alimentaires (autres que des allergies)? Précisez :</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	
<p>Comment mange-t-il? Facilement <input type="checkbox"/> Difficilement <input type="checkbox"/> Peu d'appétit <input type="checkbox"/></p>	

5. MÉDICATION

Pour être conforme à la loi et nous permettre d'administrer la médication, vous devez joindre une copie de la prescription de médication avec ce formulaire.

Votre enfant doit-il prendre des médicaments au camp? Oui Non Si oui, compléter ce tableau :

Nom du médicament	Prescrit pour	Posologie	Effets secondaires et/ou contre-indications (exposition au soleil, hydratation, appétit, etc.)

Prend-t-il des médicaments durant l'année? Oui Non Si oui, lequel(s) : _____

_____ Prescrit(s) pour : _____

6. SITUATION DE SANTÉ

Cochez ce qui est applicable :

Situation de santé	Précisions, actions à prendre, etc.
Asthme	
Constipation	
Diarrhée	
Eczéma	
Mal des transports	
Maux de tête/migraines fréquentes	
Menstruations	
Nausées fréquentes / Vomissements	
Otites fréquentes	
Problèmes cardiaques	
Problèmes cutanés	
Saignement de nez	
Sinusites	
Vue : <input type="checkbox"/> Excellente <input type="checkbox"/> Suffisante <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Lunettes / verres de contact <input type="checkbox"/> Cécité <input type="checkbox"/> Guide-accompagnateur <input type="checkbox"/> Canne blanche	Audition : <input type="checkbox"/> Excellente <input type="checkbox"/> Suffisante <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Appareils auditifs (deux oreilles) <input type="checkbox"/> Oreille droite uniquement <input type="checkbox"/> Oreille gauche uniquement

7. COMPORTEMENTS ET INTÉRÊTS

Doit-on porter attention à certains comportements? Cochez ceux qui sont applicables :

Comportement	Dans quels contextes ces comportements ont-ils tendance à surgir?	De quelle façon suggérez-vous d'intervenir? (Ignorer, humour, rediriger, etc.)
<input type="checkbox"/> Agressivité envers lui-même		
<input type="checkbox"/> Agressivité envers les autres		
<input type="checkbox"/> Anxiété		
Automutilation		
Fugues		
<input type="checkbox"/> Habitudes ou des manies particulières (Acceptées ou non)		
<input type="checkbox"/> Autres (précisez)		
A-t-il tendance à faire des crises? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, quels sont les signes précurseurs (agitation, isolement, etc.)?	Quelles sont les interventions efficaces à utiliser durant ces crises?
A-t-il des phobies et/ou peurs ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui lesquelles et comment intervenir à ce sujet ? (ex : animaux, eau, vertige, etc.)	

A-t-il de la difficulté à exprimer ses sentiments à demander de l'aide ou à amorcer une conversation? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		S'adapte-t-il facilement à de nouvelles personnes, activités, expériences? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Quels sont ses centres d'intérêts, passe-temps et loisirs?			
Quels sont les meilleurs moyens de l'encourager/le motiver?			
Relation avec les autres - Comment interagit-il avec :			
Ses pairs			
Les détenteurs d'autorité			
Les nouvelles personnes			

Autres informations à propos de votre enfant dont vous aimeriez nous faire part? (ex. changements importants récents dans la vie de famille, préoccupations particulières, etc.) _____

Autres renseignements nous permettant de mettre en place des services ou des mesures facilitant une meilleure participation de l'enfant (ex. : horaire imagé, pauses, périodes de repos, etc.) : _____

8. CAPACITÉS AQUATIQUES

Autonomie dans l'eau : <input type="checkbox"/> Nage seul en eau profonde <input type="checkbox"/> Nage seul en eau peu profonde <input type="checkbox"/> Nage seul avec VFI	<input type="checkbox"/> Besoin d'accompagnement <input type="checkbox"/> Ne sait pas nager <input type="checkbox"/> Doit porter des bouchons * Si l'enfant est épileptique, discutez avec le camp du port du VFI
A-t-il suivi un cours de natation? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Dernier niveau de natation complété :

9.DEGRÉ D'AUTONOMIE		Aide constante	Aide occasionnelle	Supervision verbale	Autonome
Communication	Communication avec les autres				
	Compréhension des consignes				
	Se faire comprendre				
	Aides à la communication utilisés : <input type="checkbox"/> Pictogrammes <input type="checkbox"/> Tableau <input type="checkbox"/> Ordinateur <input type="checkbox"/> Langue des signes du Québec (LSQ) <input type="checkbox"/> Gestes <input type="checkbox"/> Mains animées				
Participation aux activités	Stimulation à la participation				
	Interaction avec les adultes				
	Interaction avec les autres enfants				
	Fonctionnement en groupe				
	Activité de motricité fine (bricolage, manipulations, insertions, etc.)				
	Activité de motricité globale (sports, jeux psychomoteurs, ballon, etc.)				
Vie quotidienne	Habillement (ex. : se vêtir, attacher ses souliers)				
	Hygiène personnelle				
	Alimentation				
	Gérer ses effets personnels (ex. : boîte à lunch, sac à dos, etc.)				
	Rester avec le groupe				
	Éviter les situations dangereuses (conscience du danger)				
Déplacements	Courts déplacements / au camp (précisez le niveau d'autonomie)				

Je confirme que les informations se trouvant à l'intérieur de ce document sont véridiques.

Nom de la personne qui a compléter cette fiche _____

Signature _____

Date _____

Camp de jour 2024

Nom de l'enfant :

Âge :

Afin de prévoir un horaire qui puisse convenir au plus grand nombre de demande nous vous demandons de bien vouloir nous indiquer les semaines ou vous aurez besoin du service.

SEMAINES	Camp de jour 9 h à 16 h	Service de garde 7h à 9 h / 16 h à 18 h
Semaine 1 : 25 au 28 juin 2024	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semaine 2: 2 au 5 juillet 2024	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semaine 3: 8 au 12 juillet 2024	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semaine 4: 15 au 19 juillet 2024	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semaine 5: 22 au 26 juillet 2024	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semaine 6: 29 juillet au 2 août 2024	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semaine 7: 5 au 9 août 2024	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semaine 8 : 12 au 16 août 2024	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>